

*Анталовці О. В.,**аспірант кафедри конституційного права та порівняльного правознавства  
юридичного факультету  
ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

## ПРАВОВА РЕФОРМА СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ВЕЛИКОБРИТАНІЇ

**Анотація.** Стаття присвячена дослідженню реформування системи охорони здоров'я Великобританії, з метою виділення позитивних аспектів, які можливо задіяти при реформуванні системи охорони здоров'я України.

**Ключові слова:** реформа, система Національної служби охорони здоров'я Великобританії, централізація, бюджетні кошти, муніципальні лікарні, медичне страхування.

**Постановка проблеми.** На сьогодні вже немає сумніву щодо необхідності реформування системи охорони здоров'я України та впровадження системи медичного страхування. Особливо з урахуванням намірів України вступу до Європейського Союзу. Автор має тверде переконання, що результати такого реформування не можуть бути позитивними без урахування позитивного досвіду зарубіжних країн. Великобританія, як і будь-яка сучасна демократична держава, робить пріоритетним питання охорони здоров'я своїх громадян. Реформування Великобританської системи охорони здоров'я розпочалася більш як 20 років. За цей час була відпрацьована модель медичного страхування, яка й досліджується в поточній роботі.

**Виклад основного матеріалу дослідження.** Це питання вже досліджувалося науковцями української та російської наукових доктрин, зокрема О.Є. Губар, О.А. Амеліна, Л.І. Новосельська, О.П. Терсина, В.Ю. Семенов, М.І. Куртюкова, Н.В. Дмитриєва, Ф.Е. Вартамян, І.І. Гейвандова, В.В. Загородній, О.С. Коваленко. Загалом практично всі вищенаведені науковці аналізували підходи реформування й розвитку системи охорони здоров'я Великобританії та досліджували механізми її системи медичного страхування.

**Мета роботи** – виділення найбільш позитивних елементів реформування системи охорони здоров'я Великобританії, а саме в частині стосовно медичного страхування, з перспективою подальшого впровадження їх у національній системі охорони здоров'я.

Великобританія використовує для громадян країни майже виключно систему бюджетного фінансування охорони здоров'я, що зумовлює його державний характер з високою мірою централізації управління. Бюджетна схема передбачає фінансування охорони здоров'я із загальних податкових надходжень до державного бюджету й охоплює всі категорії населення. При цьому основна частина медичних установ належить державі, управління здійснюється центральними та місцевими органами влади за ієрархічним принципом.

Система Національної служби охорони здоров'я (далі – НСОЗ) Великобританії основана переважно на державному фінансуванні й націлена на здійснення повноцінної медичної допомоги, доступної кожному громадянину без винятку, була введена в 1948 р. [1].

Реформа НСОЗ Великобританії почалася в 1991 р. і торкнулася широкого спектра питань управління й фінансування системи, однак базові принципи побудови системи (загальнодоступність і безоплатність надання медичної допомоги для

всього населення), а також головні форми організації НСОЗ не були знехтувані. У системі незмінним збереглися основні її принципи.

Фінансування НСОЗ – переважно із загальних бюджетних надходжень. Пропозиції перейти на страховий принцип формування коштів суспільної охорони здоров'я були знехтувані, і вирішено, що форма залучення коштів не може слугувати основою реформи. Значно більш важливо було перебудувати характер взаємодії між фінансуючою стороною і постачальниками медичних послуг. Переважна частина фінансових ресурсів НСОЗ надходить з бюджетів усіх рівнів (84%). Додатковим джерелом є внески на соціальне страхування, що обчислюються у вигляді відсотка від фонду оплати праці, які «розчиняються» в загальній системі соціальних податків і розподіляються залежно від пріоритетів, що склалися на потреби пенсійного забезпечення, страхування по безробіттю, охорони здоров'я тощо. Крім того, частина «соціального пирога», що виділяється охороні здоров'я надходить під прямий контроль Міністерства охорони здоров'я, зливаючись із бюджетними надходженнями. На частку цього внеску доводиться 12% надходжень НСОЗ.

Приблизно 4% коштів НСОЗ формуються з додаткових платежів населення (переважно за виписку й оплату частини вартості ліків в аптечній мережі). За межами фінансових зобов'язань НСОЗ населення може придбати медичні послуги в державних і приватних установах охорони здоров'я, оплачуючи їх безпосередньо або через систему приватного медичного страхування. Загальне співвідношення між суспільним і приватним фінансуванням медичної допомоги становить, відповідно, 85% і 15% [2].

Система охорони здоров'я здійснюється централізованим фінансуванням. Розподіл коштів здійснюється на основі диференційованого нормативу фінансування на одну особу, який враховує відмінності територій за статевим-віковим складом і за низкою інших соціально-економічних характеристик. У системі діє жорстка управлінська вертикаль. НСОЗ очолюється політиком правлячої партії в ранзі міністра. Йому безпосередньо підпорядковуються регіональні й районні управління охорони здоров'я. Ніякого підпорядкування органів і установ охорони здоров'я місцевим органам влади не існує.

Вплив останніх реалізується тільки на політичному рівні – через проведення переговорів з центральним урядом. На місцях діють суспільні Ради місцевої охорони здоров'я, покликані здійснювати суспільний контроль за діяльністю державних органів.

Роль Міністерства охорони здоров'я значна. Крім визначення стратегії і пріоритетів розвитку НСОЗ, воно визначає й жорстко регулює хід здійснення реформ; доводить до регіонів контрольні показники ефективності використання ресурсів, а в останні роки і контрольні показники здоров'я, на які можуть впливати служби охорони здоров'я; призначає і звільняє керівників регіональних і навіть районних органів управління охороною здоров'я.

Первинна медична допомога надається переважно приватно-практикуючими лікарями загальної практики, діючими за договорами з органами НСОЗ. Лікарні залишилися у власності держави, але придбали статус лікарняних трастів НСОЗ – самоврядувальних організацій, наділених значно більшими правами [3].

Підготовка до реформи велася дуже ретельно і тривала більше ніж три роки. На першому етапі була проведена комплексна оцінка стану НСОЗ з акцентом на фінансово-управлінські аспекти функціонування системи і зроблений висновок про низьку ефективність використання трудових і матеріальних ресурсів, слабку орієнтацію на кінцевий результат, наявність значних зайвих потужностей лікарень, про необхідність глибокого реформування НСОЗ. У січні 1989 р. Уряд опублікував «Білу книгу» – концепцію реформи НСОЗ, де була обґрунтована необхідність і представлені конкретні механізми перетворень [4].

На основі концепції реформи НСОЗ був підготовлений детальний законопроект про реформу. Особливо важливо зазначити, що Міністерство охорони здоров'я підготувало серію матеріалів по кожному аспекту реформи (приблизно 15 великих розробок), які спочатку мали характер довідкових рекомендацій, а потім були перетворені в нормативні акти. До моменту початку реформи (у квітні 1991 р.) була підготовлена вся необхідна законодавча й нормативна база.

Ідеологічною основою реформи НСОЗ стала концепція «внутрішнього ринку», сформульована спочатку американським експертом Аланом Ентховеном (його досі вважають «хрещеним батьком» реформи), а потім рядом британських дослідників і практичних працівників. Термін «внутрішній ринок» означає, що загальна сума коштів на фінансування НСОЗ встановлюється на основі політичного рішення й не підлягає перегляду. Ні покупці, ні виробники медичних послуг не можуть претендувати на додатковий обсяг державних коштів (понад загальний бюджет НСОЗ або нормативу фінансування на одну особу району). Відносини ринкового типу будуються всередині системи охорони здоров'я. Жорстке фінансове обмеження, а також ряд політичних і економічних умов функціонування охорони здоров'я (наприклад, небезпека розорення та закриття) визначили особливу роль регулюючого початку в моделі «внутрішнього ринку».

Договірна взаємодія замовника й виконавця (як головний елемент ринкових відносин) дає змогу відокремити фінансування від надання медичної допомоги й реалізується в таких формах:

- як основний покупець медичної допомоги виступають районні відділи охорони здоров'я, що не пов'язані зобов'язаннями надавати всю необхідну медичну допомогу у своєму адміністративному районі й мають право вступати в договірні відносини з будь-якими іншими медичними організаціями, незалежно від їх форм власності та місця розташування;

- основна частина лікарень за цією схемою отримує статус самоврядувальних організацій – лікарняних трастів НСОЗ, що отримують додаткові права й зобов'язані формувати свій прибуток тільки за рахунок надходжень за договорами. Органи управління не беруть участі в оперативному управлінні трастом, особливі випадки обумовлюються спеціальними нормами регулювання. Лікарські практики зберігають свій статус незалежних контрагентів. Істотно розширюється коло їх прав і обов'язків щодо управління фінансовими коштами й потоками пацієнтів.

Незалежні лікарі загальної практики виступають у ролі фондоотримувачів. Це означає, що вони фінансуються за кіль-

кістю прикріпленого населення з включенням до нормативу фінансування частини витрат на інші види медичної допомоги, а потім вступають у договірні відносини зі стаціонарами й фахівцями амбулаторної ланки, розраховуючись з ними за надані послуги. Виступаючи в ролі фондоотримувачів на інші види допомоги, лікарі загальної практики є покупцями медичної допомоги для прикріпленого до них населення [5].

Відносини між замовником і виконавцем можуть будуватися на будь-якій основі з таких трьох форм договорів:

- Блок-контракт передбачає фіксовану величину фінансування стаціонару незалежно від обсягу медичної допомоги. У реальній практиці блок-контракт у чистому вигляді діяв тільки на першому етапі реформи, коли була відсутня економічна інформація, необхідна для більш складних договірних відносин. Надалі він поступово перетворювався в договір під узгоджений обсяг допомоги.

- Договір на фінансування узгодженого обсягу медичної допомоги передбачає планування обсягу допомоги, що замовляється, і визначення умов її оплати. Договір встановлює також умови додаткового фінансування в разі перевищення узгоджених обсягів і є домінуючим у НСОЗ.

- Договір на оплату фактичної кількості пролікованих випадків або фактичного обсягу послуг визначає ставки оплати і встановлює зобов'язання щодо оплати. При цьому обсяг допомоги, що підлягає оплаті, не визначається. На практиці цей тип договору є додатковим до попередніх.

Кожному виду послуг відповідає певна схема розподілу фінансової відповідальності сторін. Перший тип договору (блок-контракт) більш вигідний покупцям медичної допомоги, оскільки позбавляє їх тягаря невизначеності, покладаючи його на медиків і примушуючи їх шукати резерви економії.

Договір на фінансування узгодженого обсягу медичної допомоги оснований на принципі розподілу фінансових ризиків:

- кожна сторона бере на себе певну частку відповідальності за відхилення і фактичні обсяги допомоги, що плануються. За третьою формою договору всі фінансові ризики покладаються на покупців медичної допомоги, встановлюється принцип: будь-яка послуга має бути оплачена [6.]

Ставки оплати стаціонарної допомоги визначаються в ході переговорного процесу між покупцями медичної допомоги й окремими лікарнями, але на основі правил ціноутворення, встановлених урядом: ставки оплати стаціонарної допомоги повинні відображати реальні витрати, тобто ті витрати, які відповідають узгодженим обсягам стаціонарної допомоги. Фіксовані витрати, що не залежать від обсягу послуг (наприклад, витрати на опалювання, водопостачання, зміст адміністративного персоналу), що надаються, мають відповідати реальному обсягу медичної допомоги, що замовляється;

- понадпланові обсяги оплачуються за кожний випадок окремо на основі поточних витрат на їх надання. Робиться це для того, щоб знизити мотивацію лікарень до нарощування випадків госпіталізацій за межі узгоджених обсягів. Останні приймаються як оптимальні. Відхилення фактичних обсягів від планових визначаються в договорі. У ході реформи НСОЗ введена система обліку споживання основних фондів. У розрахунок ціни включається встановлена норма амортизаційних відрахувань. Крім того, введена плата за фонди лікарень: встановлений мінімальний відсоток віддачі від капітальних активів. Лікарні зобов'язані покрити свої витрати й забезпечити ефективне використання фондів як мінімум на рівні середньої величини віддачі на капітал у промисловості (6% в 1991–1995 рр.). Крім прагнення забезпечити вищу віддачу від укладених в охорону здоров'я коштів, це створює рівні економічні умови для дер-

жавних і приватних лікарень. Введення плати за фонди для державних лікарень робить їх більш «відкритими» для конкуренції приватного сектора.

Регулювання цін на послуги лікарів загальної практики відбувається на основі жорсткого закріплення трьох елементів оплати їх діяльності:

- встановлюється пряма оплата основної частини витрат на оренду приміщень і оплату допоміжного персоналу в розмірі 70% від фактичних витрат практик; лікарі отримують кошти на навчання і придбання інформаційної техніки;

- встановлюється норматив фінансування на одного громадянина, що обслуговується, який коректується залежно від статі, віку пацієнтів, ряду інших чинників, що визначає потребу в медичній допомозі. З цих коштів лікар сам оплачує 30% витрат, що залишилися на оренду приміщень і найм персоналу;

- встановлена шкала твердих ставок за ті послуги, які оплачуються на гонорарній основі. У сукупності ці правила створюють умови для регулювання договірних відносин між покупцями медичної допомоги, лікарнями й лікарськими практиками.

Фінансовою основою Національної системи охорони здоров'я Великобританії є надходження від податків, які становлять 90% бюджету охорони здоров'я. Лише на 7,5% бюджету формуються за рахунок внесків роботодавців по найму (власне страхові внески); ще 2,5% – це плата за стоматологічну й офтальмологічну допомогу, виписку рецептів, приватні ліжка в державних лікарнях. Отже, НСОЗ існує на кошти, що вносяться платниками податків і виділяються урядом охорони здоров'я зі статті витрат на соціальні потреби. Багато які автори, фахівці в галузі охорони здоров'я за кордоном вважають, що такій системі характерні такі особливості: брак фінансових ресурсів, незавершена система оплати праці й пов'язаний з цим дефіцит кадрів, недостатній розвиток системи первинної медико-санітарної допомоги, практична відсутність контролю з боку споживачів медичних послуг, самооцінка працівниками охорони здоров'я своєї діяльності, необхідність децентралізації управління, недостатнє раціональне й ефективне використання ресурсів.

У Великобританії гостро стоїть проблема залучення в охорону здоров'я коштів з позабюджетних джерел. Одним з цих джерел можуть бути кошти підприємств, фірм, компаній, працівникам яких установи охорони здоров'я можуть надавати додаткову медичну допомогу на договірній основі. Процес децентралізації управління є основою реформи, що зараз проводиться. Ідея реформи – вдосконалити й активізувати роботу структурних підрозділів галузі шляхом введення в їх роботу комерційного елемента. Усі регіональні органи охорони здоров'я Великобританії мають значну самостійність у розв'язанні своїх проблем [7].

**Висновки.** Загалом, автор вважає, що одним з беззаперечних плюсів медичного страхування Великобританії є чітка система централізації. Тобто, уряд повністю контролює всі процеси, від правил поведінки для учасників, у тому числі й постачальників

медичних послуг. Жорстко регламентується механізм договірних відносин; встановлене правило обов'язковості конкурсного розміщення замовлень на основі відкритої інформації про ціну та інші параметри договірних відносин; визначені вимоги до ціноутворення; розписані умови і процедура отримання лікарнями статусу трастів, а також порядок їх ліквідації; розроблена процедура перевірки обґрунтованості цін, особливо для лікарень-монополістів. Саме чітка правова регламентація дала змогу правильно побудувати систему медичного страхування Великобританії. Як було зазначено, на початок реформування вже була створена повна законодавча база, яка регулювала весь спектр правовідносин. На думку автора, саме це й було передумовою успішного реформування системи охорони здоров'я Великобританії, і цей позитивний досвід потрібно врахувати при реформуванні системи охорони здоров'я України.

#### Література:

1. Губар О.С. Медичне страхування в країнах Європейського Союзу / О.С. Губар // «Фінанси України». – № 7. – 2003. – С. 40–43.
2. Амелина О. Европейский опыт организации страховой медицины / О. Амелина [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.securite-sociale.fr>.
3. Новосельська Л.І. Особливості медичного страхування у міжнародному аспекті / Л.І. Новосельська // Збірник науково-технічних праць НЛУ. – № 17. – 2007. – С. 214–216.
4. Терсина О. Медицинское страхование в странах Восточной Европы / О. Терсина // Аптека. – № 40. – 2003. – С. 38.
5. Семенов В.Ю. Реформа здравоохранения Великобритании / В.Ю. Семенов, М.І. Куртюкова, Н.В. Дмитриева // Здравоохранение Российской Федерации. – № 12. – 1997. – С. 19–23.
6. Варганян Ф.Е. Нові підходи в розвитку охорони здоров'я Великобританії / Ф.Е. Варганян, І.І. Гейвандова // Здравоохранение Российской Федерации. – № 5. – 1997. – С. 23–25.
7. Загородній В.В., Коваленко О.С. Прикладні та теоретичні аспекти державного управління реформуванням у системі охорони здоров'я / В.В. Загородній, О.С. Коваленко // Охорона здоров'я України. – № 1. – 2001. – С. 13–16.

#### Анталовцы О. В. Правовая реформа системы здравоохранения Великобритании

**Аннотация.** Статья посвящена исследованию реформирования системы здравоохранения Великобритании, с целью выделения положительных аспектов, которые можно задействовать при реформировании системы здравоохранения Украины.

**Ключевые слова:** реформа, система Национальной службы здравоохранения Великобритании, централизация, бюджетные средства, муниципальные больницы, медицинское страхование.

#### Antalovtsi O. Law healthcare reform in Britain

**Summary.** The article investigates health care reform Britain, in order to highlight the positive aspects that can be use in reforming the health care system of Ukraine.

**Key words:** reform, system NHS UK, centralization budget, municipal hospitals, health insurance.